ITEM 024 : MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

MAP = survenue de contractions utérines douloureuses, rapprochées, persistantes, s'accompagnant d'une modification du col clinique et échographique entre **22 et 36 SA+6** (si accouchement avant 22 SA = fausse couche tardive).
➔ Évolue vers un **accouchement prématuré** en l'absence d'intervention médicale - 7,4 % par an (60 000 enfants) en France.
Définitions selon l'OMS :
- Seuil de viabilité : âge gestationnel > 22SA ou estimation du poids fœtal > 500 g.
- Prématurité extrême ou très grande prématurité : < 28 SA.
- Grande prématurité : entre 28 et 32 SA (10 % des naissances prématurées). } > 60 % des décès périnataux/ 50 % des séquelles neurologiques néonatales
- Prématurité modérée : entre 32 et 37 SA (85 % des naissances prématurées).

CAUSE/FDR

- **Idiopathique** : 60 % des cas.
- **Cause maternelle** : âge jeune < 18 ans ou élevé > 35 ans, tabagisme, toxique, bas niveau socio-économique, anémie, traumatisme abdominal, métrorragie au 2e ou 3e trimestre, précarité, travail pénible ou > 40 h/semaine, grossesses rapprochées, enfants à charge, longs trajets quotidiens, anémie, troubles psychologiques (EDC, anxiété/stress).
- **Antécédents obstétricaux** : antécédent d'accouchement prématuré ou d'avortement tardif, béance cervico-isthmique, conisation, col court, imprégnation *in utero* au Distilbène®, malformation utérine, fibrome intra-cavitaire, col court à l'échographie, distension utérine (macrosomie, grossesses multiples, hydramnios).
- **Cause infectieuse** : infection urinaire ou vaginale, bactériurie asymptomatique, chorioamniotite, **toute fièvre**.
- **Rupture prématurée des membranes.**

DG

C

- Constantes (fièvre ?), mesure hauteur utérine (macrosomie, hydramnios), métrorragies, SFU.
- **Contractions utérines régulières** et **douloureuses.**
- **Modification du col au TV** : col court, ouvert, ampliation du segment inférieur (*évaluer la présentation*).
- **Examen au spéculum** : écoulement liquidien (RPM) ou métrorragique, poche des eaux intacte extériorisée.

PC

- **Electro-cardiotocographie externe** (monitoring) : fréquence et régularité des contractions utérines, RCF, à faire seulement si > 26 SA.
- **Échographie endo-vaginale du col utérin** : longueur du col **≤ 25 mm** (longueur normale **> 40 mm**).
- **Échographie obstétricale** : estimation du poids fœtal, quantité de liquide amniotique, présentation fœtale.
- Bilan infectieux : **NFS, CRP, prélèvement cervico-vaginal, ECBU.**
- Recherche de **fibronectine fœtale dans les sécrétions vaginales** : très bonne VPN ➔ faite par certains centres.
- En cas de doute sur une RPM : **l'IGF-BP1 ou PAM-G1** ou **test à la diamine oxydase** ou **test du pH** sur les sécrétions vaginales.
- Si accouchement imminent : groupe/Rh/phénotype + RAI.
- Pas d'ECG nécessaire (pas de B2 mimétiques utilisés) sauf si sulfate de Mg (< 32 SA).

Bilan fœtal

- **Mouvements actifs** et **rythme cardiaque.**
- **Échographie** : présentation, vitalité (Manning), biométrie, liquide amniotique, position du placenta.

Facteurs de sévérité

- Grossesse < 28 SA.
- Inefficacité de la tocolyse.
- Rupture des membranes.
- Chorioamniotite.
- Maternité de type non adapté.
- Métrorragie.
- Grossesse multiple.
- Impossibilité de transfert vers une maternité adaptée.
- Importance des modifications cervicales.
- Poche des eaux visible au speculum/col très dilaté.

TTT < 34 SA

➔ **Hospitalisation non prolongée** systématique en centre de médecine périnatale **adaptée** au terme (transfert si besoin) Niveau I (> 34 SA), IIa (32-34 SA et > 1500 g), IIb (< 32 SA et > 1500 g), ou niveau III (< 32 SA ou < 1500 g).
- Mesures associées : **repos au lit non strict** (++bas de contention) et **arrêt de travail.**
- **Traitement antipyrétique** (paracétamol) **et antispasmodique** (phloroglucinol).
- **Antibiothérapie** si infection, ou **en cure courte** en cas de rupture des membranes (**amoxicilline** pendant 48 h).

Tocolyse

= Inhibition des contractions utérines par un médicament à dose d'attaque **pendant 48 h.**
➔ Aucun tocolytique n'est associé à une diminution de la morbi-mortalité néonatale.

Antagoniste de l'ocytocine	= **Atosiban** IV : liaison sélective compétitive aux récepteurs de l'ocytocine. - Spécificité tissulaire (excellente tolérance) mais coût élevé.
Inhibiteur calcique	= **Nifedipine** *po* (la nicardipine IV n'est plus recommandé) : hors AMM, 1° intention. - EI : céphalées, rougeur du visage, hypotension (rare).
Contre-indication	- **Chorio-amniotite** +/- RPM (CI relative, selon l'âge gestationnel). - **Souffrance fœtale** (échographique ou rythme cardiaque fœtal). - **Métrorragies importantes.**

	Corticothérapie prénatale	= **Bétaméthasone** 12 mg en 2 injections IM à 24 h d'intervalle : efficacité prouvée sur la morbi-mortalité néonatale entre **24 et 34 SA.** Pas de CI si infection/diabète (surveillance glycémique). - Permet la maturation pulmonaire fœtale (↘le risque de détresse respiratoire/maladie des membranes hyalines) et ↘ le risque d'hémorragie intraventriculaire, d'entérocolite ulcéro-nécrosante et de décès. - Ne pas répéter les cures : perturbations corticotropes néonatales/insulinorésistance au long terme.
	Sulfate de magnésium	= ↘ le risque de paralysie cérébrale et de trouble du développement moteur : par voie IV. - Recommandé **< 32 SA** en cas d'accouchement imminent (dans les 24 h), neuroprotecteur. - Dose de charge de 4 g puis dose d'entretien de 1 g/h jusqu'à l'accouchement.
	Mesures associées	- **Injection de gamma-globuline anti-D** si patiente Rh - et métrorragies. - Rencontre avec l'équipe pédiatrique et soutien psychologique.
	Surveillance	- Surveillance maternelle : contractions utérines ressenties, électro-cardiotocographie externe, dépistage régulier de facteurs infectieux, EI des tocolytiques, pas de nouvelle écho du col systématique. - Surveillance fœtale : mouvements actifs, rythme cardiaque. - **Pas d'hospitalisation prolongée** : suivi à domicile possible (SF libérale ou HAD).
> 34 SA		- **Repos, traitement étiologique** et **surveillance rapprochée** sans agent tocolytique ni corticothérapie.
PRÉVENTION		- **Supprimer les facteurs de risque** : tabac++++, toxiques, travail pénible (aménagement/arrêt de travail si besoin). **- Conseils de repos, limitation des longs trajets, aide-ménagère.** - Identification des grossesses à risque : grossesse multiple, travail pénible, diabète, béance cervicale, anémie… - Dépistage et traitement des infections urinaires et cervico-vaginales. - Découverte fortuite **col 20 mm asymptomatique** (absence de CU, absence ATCD accouchement préma) : progestérone naturelle voie vaginale. - **Antécédents de 3 accouchements prématurés ou fausse couche tardive** : bilan morphologique de la cavité utérine, recherche et traitement d'une vaginose, depistage echo col entre 16 et 22 SA (cerclage si col raccourci). - **Cerclage à chaud** au 2° T si modification cervicale majeure sans RPM/chorioamniotite (pas de cerclage préventif !)

RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES

À titre informatif, pour comprendre

RPM = rupture des membranes survenant avant le début du travail : 5 à 10 % des grossesses.
- Survenue **avant terme** (< 37 SA) ou **à terme** (≥ 37 SA).

ÉTIOLOGIE		- Cause maternelle : **infection, béance cervicale, traumatisme abdominal, tabac.** - Cause obstétricale : **placenta praevia, hydramnios, amniocentèse tardive.**
DG		- **Écoulement liquidien** à l'interrogatoire et au spéculum. - Tests biochimiques sur les sécrétions vaginales : . **Test à la diamine oxydase (Amniocator®, PromTest®).** . **Test à l'IGF-BP1 (Actim-PROM-Test®), PAMG1…** - Rechercher des signes de **chorioamniotites** : . **Fièvre, tachycardie fœtale, NFS, CRP, prélèvement vaginal.** . **Bactériologie de liquide amniotique** en cas d'écoulement. ➔ Eviter le TV : limiter le risque d'infection.
RISQUES		- **Chorioamniotite** (par voie ascendante) avec infection périnatale. - **Prématurité induite.** - **RPM précoce** avec **oligoamnios sévère** : **hypoplasie pulmonaire**, **déformation des membres et de la face.** - **Décollement placentaire.**
TTT	< 34 SA	➔ Hospitalisation ± transfert materno-fœtal selon l'âge gestationnel. - **Repos au lit**, **toilette vulvaire stérile.** - **Corticothérapie anténatale de maturation** immédiate. - **Antibioprophylaxie** de courte durée : **amoxicilline** pendant 48 h. - **Tocolyse** en cas de contractions (en attente de l'efficacité des corticoïdes). - Surveillance : pouls, température, MAF, RCF + biologie 2/sem (NFS, CRP, prélèvements bactério). ➔ En cas de signe de chorioamniotite : **extraction fœtale** par **césarienne en urgence.** ➔ En l'absence de signe infectieux : discussion entre l'**attitude expectative** (risque infectieux) ou l'**extraction fœtale après les 48 h de corticothérapie** (risque lié à la prématurité).
	> 34 SA	- Soit naissance rapide (**déclenchement du travail),** soit expectative jusqu'à 36 + 6 SA (ATB/surveillance).